ESSAI

N° 262.

SUR LA DOTHINENTÉRIE,

ET L'INEFFICACITÉ DU TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE DANS CETTE MALADIE,

SUIVI DE QUELQUES PROPOSITIONS DE MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 décembre 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR EUGÈNE-HIPPOLYTE ANTRAIGUES.

Ego liberam medicinam profiteor, nec ab antiquis sum, nec à novis; utrosque, ubi veritatem colunt, sequor.
BAGLIVI, *de Usu et abusu vesicantium.*

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.
1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Suppléant.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DILECTISSIMÆ MATRI.

Amoris et reverentiæ pignus.

OPTIMO PARENTI

F. SALESSES,

Venerando Sacerdoti, Collegii regii Aureliæ antiquo Provisori,

PLURIMIS VIRTUTIBUS COMMENDATO.

Hoc tentamen medicum in signum grati animi,

VOVET, DICAT ET CONSECRAT

E.-H. ANTRAIGUES.

ESSAI

SUR LA DOTHINENTÉRIE,

ET L'INEFFICACITÉ DU TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE DANS CETTE MALADIE,

SUIVI DE QUELQUES PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

Considérations générales.

Peu importent les noms, a dit *Galien*, pourvu que nous soyons d'accord sur les choses ; mais encore faut-il que le néologisme soit justifié, car le langage médical, abandonné à l'arbitraire, n'offrirait bientôt plus que confusion et obscurité. D'ailleurs les noms ont une grande influence sur la manière dont on conçoit les choses : la dénomination de *fièvre putride*, en quelque sorte popularisée, n'a-t-elle pas fait considérer cette affection comme le prototype de l'humorisme ! celle d'*adynamique* n'a-t-elle pas fait dire qu'elle exprimait une fièvre par faiblesse, une fièvre produite et entretenue par défaut de forces, qu'elle impliquait par conséquent contradiction ! Or, telle n'a jamais été la pensée de l'illustre auteur de la Nosologie philosophique; il a voulu dépeindre par cette expression l'excès de faiblesse musculaire, qui

était pour lui le caractère extérieur le moins équivoque de la maladie ; certes, la lecture attentive de ses écrits ne donne pas sujet à une autre interprétation. Un praticien veut-il exprimer que l'état morbide, chez tels ou tels individus, se présente toujours avec les mêmes caractères, ce sont, par exemple, des engorgemens des glandes et des ganglions, des ulcérations atoniques marchant avec lenteur vers la guérison, des tumeurs articulaires qui se développent sourdement à la suite de la moindre contusion, il dit qu'ils sont d'une diathèse scrophuleuse, qu'ils sont atteints du vice scrophuleux; et vite on crie à l'*ontologie!* Ce praticien n'a pourtant été mu que par le besoin d'exprimer un fait incontestable, mais on néglige d'interpréter sa pensée pour commenter le nom.

Si ces dénominations sont sujettes à controverse, à plus forte raison celles qui sont nouvelles et qui n'ont pas été sanctionnées par le temps et l'habitude. L'expression de *dothinentérite*, par exemple, est journellement l'objet des récriminations de beaucoup de jeunes ultra-physiologistes ; de là l'importance de faire connaître son acception et l'idée qu'elle représente.

Pourquoi donc, en effet, créer ce mot *dothinentérite?* M. *Bretonneau* nous a-t-il dépeint une maladie nouvelle, ayant un siége spécial, nous offrant son étiologie, ses symptômes, sa marche, sa terminaison et ses indications curatives?

En quoi diffère-t-elle de la gastro-entérite? Comme celle-ci, n'a-t-elle pas son siége dans le conduit alimentaire? ne se décèle-t-elle pas par les mêmes désordres fonctionnels et anatomiques? A quoi bon, par conséquent, compliquer la synonymie?

Non, sans doute, la dothinentérie n'est pas, fort heureusement, une maladie nouvelle; le cadre des infirmités humaines est déjà assez étendu : mais elle est une forme spéciale exclusive de l'entérite, inaperçue jusqu'à M. *Bretonneau;* elle est susceptible d'être décrite séparément. On pourrait établir son diagnostic différentiel : ses désordres anatomiques, qu'ils soient primitifs ou secondaires, ont un siége invariable dans un des élémens de la membrane muqueuse digestive, et

non pas indifféremment sur l'un des points de son étendue ; son traitement actif, selon moi, est encore un problème ; en un mot, elle est *une*.

Le tégument interne se compose de plusieurs organes élémentaires comme le tégument externe, et de même que vous distinguez soigneusement les diverses manières dont ce dernier est affecté, de même aussi vous devez accepter pour le premier des distinctions morbides d'où peut ressortir quelque utilité pratique.

On ne peut pas avec plus de raison décrire sous le nom collectif de *gastro-entérite* toutes les affections du canal alimentaire qu'on ne décrirait celles de la peau sous le nom d'*érysipèle*. Je le demande ; la gastro-entérite, effet de l'ingestion d'un stimulant, d'un poison irritant, par exemple, est-elle la même que la dothinentérie? Toutes ces gastro-entérites qui surviennent pendant le cours d'une maladie chirurgicale sont-elles des dothinentéries? Toutes celles qui viennent compliquer les varioles confluentes ou discrètes, la scarlatine, le pemphigus, etc., etc., sont-elles des dothinentéries? Enfin ces entéro-colites avec ramollissement de l'estomac, si fréquentes chez les enfans, sont-elles des dothinentéries? En vain objecterait-on que la dothinentérie n'est qu'une nuance, qu'un degré de l'irritation intestinale toujours la même ; au lit du malade, l'observateur impartial est forcé de se départir de ce système d'unité ; il ne verra pas dans la fièvre adynamique le *dénouement d'une scène commencée par une simple fièvre inflammatoire*.

Ce n'est pas que l'expression de *dothinentérie* en elle-même me paraisse bien établie ; elle signifie *développement de pustules sur l'intestin* (δοθιην ἔντερον). M. *Bretonneau* y voit une affection analogue à la variole : aussi cette idée a-t-elle singulièrement influé sur le nom qui lui a été imposé.

Ici je ne retrouve nullement les caractères de la pustule qui est définie : une élevure d'une demi-ligne à quelques lignes de diamètre, ordinairement circonscrite et non transparente, souvent entourée d'une auréole enflammée, et formée par du pus déposé entre l'épiderme et le

corps réticulaire, se terminant par dessiccation, suppuration ou ulcération. Dans la dothinentérie, rien de tout cela; je ne vois absolument que la turgescence et la désorganisation d'une série d'organes, les follicules sécréteurs de l'intestin. La division du docteur *Scoutteten*, de Metz, en *entérite folliculeuse* et *entérite villeuse* ou *érythémateuse*, me paraît beaucoup préférable; il en tire d'ailleurs des inductions pratiques d'autant plus précieuses à noter qu'elles nous viennent d'un médecin physiologiste aussi distingué.

En résumé, l'on voit, 1°. que l'étude plus approfondie de la membrane interne du conduit alimentaire a fait naître des distinctions morbides que ne saurait désormais exprimer le terme générique de *gastro-entérite*; 2°. que les mots *dothinentérie*, *fièvre entéro-mésentérique* ou *typhoïde*, me représentent une de ces distinctions morbides, ou, autrement dit, une maladie qui a pour caractère à peu près constant l'inflammation des organes sécréteurs de l'intestin, bien différente de la gastro-entérite, qui envahit tout le tube digestif. C'est sous ce point de vue que je me propose de donner une description très-succincte de cette affection remarquable. Riche de trente-cinq observations recueillies avec un soin scrupuleux dans les divers hôpitaux de Paris, et principalement dans les cliniques de la Faculté, je ne dirai que ce que j'ai vu, m'abstenant de discuter si les lésions observées sont causes ou effets, protopathiques ou épiphénomènes.

J'ai conçu un moment le projet de décrire la maladie jour par jour, comme l'a fait le docteur *Trousseau* pour les lésions anatomiques correspondantes; méthode excellente et d'une application plus facile au lit du malade qu'une pure nosographie : mais la difficulté de saisir ou de s'assurer du moment de l'invasion, et d'ailleurs la faiblesse de mes moyens, ne m'ont pas permis de réaliser ce projet.

Ma description se composera donc de trois périodes : les deux premières sont dites d'*éréthisme*, parce qu'en effet les malades paraissent, sous beaucoup de rapports, dans un état d'irritation générale; la troisième est dite d'*affaissement*, parce qu'elle a pour caractère bien distinctif la diminution de l'innervation, et partant la chute des forces.

Symptomatologie.

Prodromes. La maladie débute par une période de prodromes dont la durée n'a rien de fixe. On observe le plus souvent de l'abattement, des lassitudes spontanées, de la paresse, de la répugnance à toute espèce de mouvemens, des étourdissemens qui rendent la marche chancelante, et déterminent quelquefois des syncopes, de légers frissons sans tremblement, suivis de chaleur et de sueurs plus ou moins abondantes ; des douleurs articulaires erratiques, de la céphalalgie occipito-frontale, ou simplement susorbitaire, avec tintement d'oreilles alternant avec des étourdissemens; de l'anorexie, ou plutôt un sentiment de réplétion très-incommode ; de l'amertume et de l'empâtement dans la bouche; de la diarrhée, mais plus souvent de la constipation. Le sommeil est agité, et n'est point réparateur ; à son réveil, le malade est triste, morose, inquiet, assailli par de funestes pressentimens. Jusque-là point de mouvement fébrile ; quelques individus remplissent encore leurs occupations journalières pendant un temps qui varie de huit à quinze jours. Mais bientôt vont se succéder les périodes d'éréthisme, qui se terminent rarement sans présenter dans leur cours des symptômes d'affection locale, et qui sont bientôt suivies de la période d'affaissement, quand les malades ne se rétablissent pas.

Première période d'éréthisme.

Elle s'annonce par l'exagération de tous les symptômes prodromiques et l'accélération de la circulation. Les malades sont obligés de s'aliter ; c'est l'invasion réelle de la maladie. C'est de ce moment qu'il faut partir pour suivre les altérations du tube digestif, telles qu'elles ont été décrites par le docteur *Trousseau*, dans un des numéros des Archives générales de médecine ; mais, ainsi que je l'ai dit, ce moment est difficile à saisir pour beaucoup de raisons. Alors seulement s'observent les symptômes suivans : décubitus lâche en supi-

nation, chaleur halitueuse à la peau ; *facies* animé, empreint déjà d'une sorte d'hébétude presque caractéristique, très-sensible pour le praticien, qui souvent, par ce seul aspect, pressent l'affection ; coloration quelquefois naturelle et parfaitement belle ; yeux très-brillans, légèrement injectés et humides ; paupières appesanties, persistance de la céphalalgie : les fonctions sensoriales et intellectuelles sont encore intactes ; mais le sommeil est agité, interrompu par des rêves bizarres, prélude du délire. Déjà le malade articule les sons avec lenteur, incertitude, avec une sorte d'hésitation et d'arrêt au milieu de ses phrases ; la lassitude dans les membres est extrême, les muscles se contractent difficilement (adynamie musculaire) ; ils sont roides, d'après l'expression du malade.

Fonctions de nutrition. Anorexie, quelquefois vomissemens de liquides filans, verdâtres ; soif modérée, bouche pâteuse, amère. Dans la majorité des cas, la langue est rouge ou rosée à sa pointe et au pourtour, couverte d'un enduit blanchâtre à sa base, quelquefois sillonnée dans son milieu par une sécrétion d'un blanc verdâtre, disposée en stries longitudinales : jamais je n'ai observé ces *petites plaques lisses, fermes et coriaces* qu'on a bien voulu donner comme signes décisifs et pathognomoniques. Douleur épigastrique nulle : douleur très-obscure à la pression vers l'ombilic, ou dans l'espace compris entre cette cicatrice et l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque droit : quelquefois la douleur est rapportée à l'épigastre, mais elle disparaît peu à peu pour se fixer dans la région ci-dessus indiquée ; d'autres fois enfin il y a absence de toute espèce de douleur.

L'abdomen a son volume et sa souplesse ordinaires ; à la constipation, si elle se prolonge, succède une diarrhée légère.

Rien n'est plus variable que les caractères du sang tiré de la veine. Semblable quelquefois en tout à celui de l'homme le plus sain, d'autres fois il se recouvre d'une couche de fibrine analogue à celle qu'on remarque dans le sang des individus atteints de fièvre inflammatoire, de pleurésie ou de pneumonie (*crusta pleuritica*) ; mais cette couenne

est moins dense, moins ferme que dans ces affections; elle a un aspect gélatineux tirant sur le gris.

La respiration est paisible ; on observe un peu de toux suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux. L'auscultation fait connaître du râle muqueux et sibilant.

Le cœur a son impulsion, son bruit et son rhythme naturels. Le pouls est fréquent, présente ordinairement peu de largeur ; il est dépressible.

L'urine est rare, colorée en rouge ; la menstruation est suspendue; enfin il survient assez souvent des hémorrhagies nasales plus ou moins abondantes, réitérées, dans quelques cas, jusqu'à cinq ou six fois.

La durée de cette période est de huit à douze jours au plus, durant lesquels on remarque assez souvent une rémission du plus grand nombre des symptômes, phénomène très-important à connaître, mais qui ne survient pas *rectà* au septième jour.

Rarement les malades succombent; souvent, au contraire, tous ces symptômes se dissipent peu à peu, avec ou sans coïncidence de phénomènes critiques ; tout rentre dans l'ordre accoutumé, et la santé se rétablit. Dans le cas contraire, la maladie continue sa marche, et nous offre une série de phénomènes que je groupe dans la seconde période.

Deuxième période d'éréthisme.

Le décubitus a quelque chose de plus prostré, le malade semble une masse sans désir et sans volonté; la peau devient sèche et brûlante ; la face a cessé d'être colorée, elle a diminué de volume, elle est pâle, elle commence à se salir, devient bientôt immobile et sans expression ; le regard est étrange, étonné, enivré, empreint de stupeur, les yeux ont perdu de leur éclat, la pupille est le plus souvent peu dilatée et peu mobile, les paupières, à demi-closes, se soulèvent avec peine; l'ouïe devient dur; la parole est traînante, accompagnée

de profonds soupirs ; mais il y a encore quelque précision dans les réponses aux questions adressées aux malades ; quelquefois cependant ils y paraissent si étrangers qu'ils répondent avec embarras et incohérence ; quand ils sont seuls, ils parlent entre leurs dents, ils marmottent. Le sommeil est nul, ou est extrêmement agité ; le décubitus est alors très-variable ; c'est ce que les infirmiers, dans leurs langage, expriment admirablement bien (sans qu'ils s'en doutent) en disant qu'*ils sont travaillés du corps :* en effet, ces agitations, ces mouvemens très-variés, sont toujours l'indice d'altérations très-profondes de l'économie.

Le désordre de l'intelligence succède à son obscurcissement ; le délire est souvent léger ; mais quelquefois il est d'une violence telle que les malheureux malades font des tentatives de suicide, ou bien ils sortent de leur lit, ils chancèlent et tombent, et on les trouve atteints de contusions plus ou moins graves.

L'inaptitude à la contraction musculaire caractéristique de la maladie est ici plus prononcée que dans la première période ; place-t-on le malade sur son séant, il vacile, il chancèle, il éprouve des lipothymies suivies quelquefois de sueurs abondantes, la main sent quelques trésaillemens des tendons.

Fonction de nutritions. Soif vive, ardente, bouche et dents engluées, langue collante et tendant à se sécher ; elle est étroite, rouge-vif ou rouge pelure d'ognon ; souvent son milieu est couvert d'un limon gris, verdâtre, au-dessus duquel on voit s'élever de petites éminences papillaires. La gorge est douloureuse, probablement à cause de la sécheresse des parties environnantes ; cependant la déglutition s'opère encore avec assez de facilité. L'abdomen a augmenté de volume, il est météorisé, et sonore, par conséquent, à la percussion, la chaleur y est plus sensible, assez souvent âcre et mordicante ; la sensibilité est très-obtuse à la pression, l'intumescence du côté droit est quelquefois plus prononcée.

On a dit, et répété probablement sur parole, qu'on pouvait assez

souvent sentir par le toucher l'engorgement des ganglions mésentériques ; or, je proteste que ce cas, s'il a lieu, est excessivement rare, la production des gaz dans l'intestin et par suite le météorisme de l'abdomen s'y opposant presque constamment.

D'ailleurs ne sait-on pas combien il est difficile de diagnostiquer par le toucher les tubercules mésentériques, et cependant les circonstances sont généralement plus favorables, l'abdomen n'est point tuméfié, ses parois sont dépourvues de graisse.

Dans cette période, la fréquence des selles est constante, elles affectent presque toujours le même caractère, elles sont d'un jaune verdâtre analogue à la gomme gutte ou au protoxyde de plomb non fondu (ocre jaune) ; la bile est probablement à cette époque sécrétée en abondance, aussi trouve-t-on les glandes de *Peyer* tuméfiées imprégnées de ce liquide, souvent même le canal intestinal dans toute sa longueur est couvert d'un mucus jaunâtre ; ces selles sont involontaires, le malade est d'une indifférence extrême à cet égard, il n'a nul souvenir des mouvemens qu'on a dû lui faire exécuter pour approprier son lit, tout est confus dans son esprit.

La respiration est grande, plaintive, entrecoupée de profonds soupirs ; le thorax est sonore à la percussion, mais l'auscultation fait entendre constamment du râle muqueux et sibilant plus ou moins prononcé, plus ou moins étendu ; la toux, encore peu fréquente, est suivie de l'expectoration de crachats muqueux, visqueux très-abondans.

Le pouls a beaucoup de fréquence, peu de développement, il est onduleux, caractère qui manque rarement dans le cours de la dothinentérie, et qui par cela même est d'une grande importance. Il a été indiqué par le docteur *Trousseau*, qui n'a pas insisté sur son apparition constante. D'autres médecins, qui ont donné çà et là des aperçus de cette affection, n'en ont nullement fait mention ; la fréquence et l'étendue ayant été seuls l'objets de leur attention.

Ces ondulations de l'artère sont à la vérité quelquefois peu sensibles au toucher, lorsque, par exemple, ce vaisseau a peu de largeur,

et qu'il paraît enfoncé ; en outre, elles ne se présentent pas toujours à une époque déterminée, et elles s'effacent souvent pour reparaître de nouveaux.

L'écoulement de l'urine s'effectue sans que le malade en ait conscience ; ses mains sont toujours portées sur ses parties génitales.

C'est aussi dans cette période que se manifeste ordinairement une éruption exhantématique qui se compose de petites taches rosées ou bleuâtres, disséminées çà et là sur les régions lombaires et sur les côtés de la poitrine ; elles sont assez peu apparentes pour qu'elles échappent aisément aux yeux qui ne les cherchent pas : leur forme est à peu près circulaire, un peu élevée à leur centre ; cette élévation n'est appréciable qu'au toucher.

Une autre éruption, moins constante que la précédente, se montre sur les parties latérales du cou et au-devant de la poitrine; ce sont de petites vésicules semi-transparentes, disparaissant assez difficilement par des frictions pratiquées sur la peau, parce qu'elles ont beaucoup de cohésion.

Ces vésicules ne semblent pas être le simple résultat mécanique d'une transpiration cutanée abondante, ni l'effet de la chaleur atmosphérique; elles m'ont toujours paru coïncider avec un état grave de la dothinentérie.

Lorsque la maladie est parvenue au dernier terme de cette période, la mort frappe souvent sa victime, sinon elle l'épargne pour la saisir dans un état plus affreux (période d'affaissement).

D'autres fois, heureusement, la physionomie reprend de l'expression, le tressaillement des tendons s'appaise, l'intelligence s'éclaircit, la bouche s'humecte, les selles sont plus liées, la peau acquiert de la souplesse, tout rentre encore dans l'ordre, et la convalescence se déclare. Avant de passer à l'exposé de la période d'affaissement, je dois faire mention de deux circonstances qui surviennent quelquefois seulement dans le cours de cette seconde période, et qui par cela même

qu'elles sortent de la ligne ordinaire n'ont pas dû trouver place dans le cours de sa description.

1°. Il peut arriver que les selles, de jaunes ocracées qu'elles étaient, revêtent tout à coup un caractère tout différent; elles deviennent brunâtres ou noirâtres, et plus ou moins fétides. Le malade est beaucoup plus mal, il éprouve des frissons; la pâleur de la face se prononce davantage, les extrémités se refroidissent. La nécropsie nous apprend qu'il s'est fait une hémorrhagie intestinale, car la membrane muqueuse est couverte d'un liquide plus ou moins noirâtre, suivant que le sang a séjourné plus ou moins de temps dans le viscère. Le docteur *Trousseau* attribue cette hémorrhagie à la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux mésentériques, par suite de la chute d'une escharre. Toutefois le fait n'est pas facile à constater : cette hémorrhagie intestinale m'a paru le plus souvent analogue à celles qui ont lieu à la surface des membranes muqueuses des bronches et de *Schneider;* elles ne sont pas constamment et inévitablement mortelles; aussi ne doit-on en tirer un mauvais prognostic qu'avec beaucoup de réserve.

2°. Ainsi que je l'ai dit plus haut, la membrane muqueuse pulmonaire est toujours plus ou moins affectée dans la dothinentérie : de là le râle muqueux et sibilant plus ou moins prononcé. Mais il n'est pas très-rare de voir les symptômes thoraciques prédominer, et absorber en quelque sorte tous les autres.

C'est là un de ces points de pratique importans sur lequel il ne faut pas se laisser prendre. En voici une observation qui, quoique très-raccourcie, n'en confirmera pas moins ce que j'avance.

Constance, âgée de sept ans, assez forte pour son âge, entra à l'hôpital des Enfans le 18 juillet 1828. M. *Guersent*, avec l'habileté qu'on lui connaît, diagnostique une entérite profonde ayant son siége dans les follicules de l'intestin. La maladie parcourt, en dépit des antiphlogistiques, son premier septénaire, avec des symptômes assez tranchés; mais au neuvième jour, la physionomie prend un aspect tout différent; la respiration s'accélère, la toux augmente, des crachats

roussâtres sont expectorés assez fréquemment; on ausculte, et l'on découvre, au sommet du poumon droit et en avant, une pneumonie caractérisée par du râle crépitant et sibilant. Dès ce moment les symptômes abdominaux disparurent, ce qui ne laissa pas que d'éveiller mon attention : je me demandais si ce n'était pas là un cas de révulsion. Quoi qu'il en soit, la pneumonie fut enrayée par les moyens convenables; la petite malade était dans un état satisfaisant, mais la toux persistait encore, et l'influence pernicieuse de l'hôpital ne tarda pas á produire son effet accoutumé. Constance maigrit de jour en jour; le bruit respiratoire devenait très-faible dans le sommet du poumon droit; on entendait dans divers points du thorax du râle muqueux et sibilant. Enfin elle succomba, et l'autopsie fit reconnaître des indurations lobulaires dans le sommet du poumon droit et le lobe moyen, terminaison très-fréquente de la pneumonie chez les enfans.

Les intestins offraient leurs follicules un peu plus développés, un peu plus élevés au-dessus de la membrane muqueuse que dans l'état normal, mais aucune autre apparence de maladie. Les ganglions mésentériques étaient rouges et comme ridés, tous les autres organes étaient intacts. C'est assurément un des cas les plus tranchés de la prédominance des symptômes thoraciques dans cette maladie.

Période d'affaissement.

Cette période, qui commence entre le seizième et le vingtième jour, et qui se prolonge rarement au-delà du vingt-cinquième ou trentième, est caractérisée principalement par l'altération profonde de l'innervation. C'est alors la fièvre adynamique et ataxo-adynamique, dépeinte par les auteurs avec des traits effrayans : alors, en effet, l'anéantissement de la contractilité musculaire est à son comble; le malade est privé de toute spontanéïté, ses mains sont tremblantes, ses tendons agités; la peau est sèche, brûlante, rugueuse, difficile à rubéfier; les traits de la face sont écoulés, ils prennent un aspect sinistre, et revê-

tent le plus grand nombre des caractères de la face hippocratique ; les yeux sont immobiles, successivement ternes et vitrés ; les narines sont pulvérulentes, la cophose est plus ou moins complète, la somnolence est continuelle, le délire est sourd, et s'accompagne par momens, et surtout pendant la nuit, de cris prolongés ; toutes les idées sur les objets extérieurs sont d'une incohérence extraordinaire. *Il n'y a pas de maladie*, comme l'a dit PINEL, *dans laquelle les malades soient moins sensibles à la douleur et si véritablement indolens, dans laquelle il soit si facile de mourir et de se séparer de ce qu'on a de plus cher.* La langue est desséchée, raccornie, râpeuse; elle tremble en dépassant le niveau des dents, indice d'une altération profonde du centre cérébro-spinal ; elle se recouvre d'une couche brunâtre qui encroûte également les dents et les lèvres ; l'haleine est fétide, le larynx exécute des mouvemens d'ascension, la déglutition est bruyante et passive; parfois vomissemens de matières variées. Le météorisme de l'abdomen augmente de plus en plus, car, distendus par des gaz, les intestins ne se contractent plus, et cela indépendamment de toute espèce de traitement. Il est donc injuste de dire que le ballonement du ventre arrive le plus souvent lorsqu'on saigne le malade de quelque manière que ce soit. Les déjections alvines sont fréquentes, involontaires et fétides; la respiration est lente et suspirieuse, les poumons s'engouent, les contractions du cœur sont faibles, mais plus rapides, le pouls devient plus mou et très-fréquent, l'urine s'échappe quelquefois de son réservoir par regorgement. Les hémorrhagies nasales et des organes de la génération sont fréquentes; bientôt la peau se recouvre d'ecchymoses noirâtres, les vésicatoires se gangrènent, les parties sur lesquelles le décubitus a lieu sont envahies par des escharres; les régions parotidiennes deviennent quelquefois douloureuses par l'abaissement des mâchoires, puis apparaissent des parotides qui donnent lieu quelquefois à une congestion comme apoplectique. Si la mort doit fermer la scène, alors le pouls cesse d'être appréciable, la peau se recouvre de sueurs froides et visqueuses, et le malade meurt sans paraître souffrant. Telle n'est pas toujours la ter-

minaison de cette période, surtout quand il n'y a point de parotides; car quelquefois tous les symptômes s'amendent, et la maladie se prolonge jusqu'au quarante-cinquième et cinquantième jour; d'autres fois, plus heureux, le malade sent renaître sa mémoire, sa force et son courage, l'œil acquiert de l'expression, toutes les fonctions reprennent peu à peu leur cours, et la convalescence se déclare.

Signes prognostiques.

La dothinentérie est une des maladies dont le prognostic est des plus difficultueux : l'homme de l'art ne doit jamais le fixer dans la première période, ce n'est qu'avec beaucoup de circonspection qu'il peut l'établir dans la seconde, et même dans la troisième.

En effet, le malade qui, dans le début, n'offrira que les symptômes les moins graves, succombera au quinzième ou vingtième jour, avec tous les accidens ataxo-adynamiques les plus terribles; tel autre, au contraire, dont la maladie se montrera avec quelque apparence de gravité, entrera en convalescence dans le cours du second septénaire. Ceux-ci échappent à l'adynamie, à l'ataxie, qui sont victimes de la suppuration excessive des escharres et de la carie des os. Cependant on peut établir en général que la terminaison sera heureuse lorsque la maladie aura parcouru les dix ou douze premiers jours avec peu d'intensité; au contraire, on concevra des craintes sur la gravité et sur la longueur de l'affection, lorsque les symptômes prodromiques auront été nombreux, lorsque la tendance aux lipothymies aura été fréquente.

Stoll considérait une langue lisse, unie, rouge et raboteuse, comme annonçant une fièvre putride de longue durée et difficile à traiter; un enduit muqueux, humide, avec peu de rougeur sur les bords, était, au contraire, pour lui de bon augure. Ce sont là des signes bien incertains, mais je ne trouve pas moins douteux celui qui est tiré du *pâlissement* de la langue à la suite des saignées, car il me semble naturel que la simple injection de cet organe disparaisse quand on di-

minue la masse du sang. L'ataxie, la tympanite, la langue dure, gercée, noire et tremblotante, sont les signes les plus fâcheux. L'apparition d'une pneumonie, sans diminution des symptômes abdominaux, et la formation d'escharres, ne peuvent aussi avoir qu'une fâcheuse influence. La cophose et l'éruption de parotides ne m'ont jamais paru critiques.

Convalescence.

En général, la convalescence est longue, et la santé n'est pleinement rétablie qu'après plusieurs semaines ; la déquamation de la peau et l'alopétie sont assez ordinaires à la suite de cette maladie. Deux phénomènes bien remarquables, et propres à la dothinentérie, même dans les cas les plus simples, sont l'opiniâtreté de l'insomnie et la persistance de l'inaptitude à la contraction musculaire. J'ai remis à la Faculté, pour le cinquième examen, l'observation d'un malade, recueillie à l'excellente clinique de M. le professeur *Chomel*. Il entra en convalescence le onzième jour. Eh bien, pendant plus de trois semaines il ressentit de la roideur dans les muscles, et, quand il avait fait quelques tours de jardin, ses membres refusaient de le porter. Il faut noter que la maladie avait été assez légère, qu'on s'était abstenu de toute émission sanguine, que les moyens hygiéniques et diététiques avaient été seuls mis en usage. Cette inaptitude à se mouvoir ne dépendait certainement pas d'*un foyer d'irritation encore existante*, car toutes les fonctions s'exécutaient à merveille.

Ces convalescens conservent aussi, en général, un peu d'hébétude et de rêvasserie, de la surdité et de la toux. Leur pouls conserve encore de la fréquence pendant quelque temps, peut-être à cause du travail de la digestion, qui doit être pénible après un trouble aussi grand de toutes les fonctions ; mais, dans ce cas, la fréquence diminue de jour en jour, à mesure que les forces reviennent : mais si la fréquence persiste, s'il y a le soir de légères exacerbations, le médecin doit avoir des craintes, il doit redoubler d'attention dans la prescription et le choix des alimens.

Étiologie.

Les causes prochaines de cette maladie sont inappréciables comme celles de beaucoup d'autres ; nous ne connaissons absolument que les circonstances dans lesquelles elle se développe, encore beaucoup d'entr'elles sont-elles communes à une foule d'autres maladies. Les auteurs n'ont point tari dans l'énumération de ces causes occasionnelles ; je m'abstiendrai de les rapporter ici, vu les bornes de cette dissertation, et parce que d'ailleurs il s'en faut de beaucoup que j'aie pu les vérifier.

Seulement je dois dire que la dothinentérie s'observe rarement chez le vieillard, fréquemment, au contraire, chez l'enfant et l'adulte : c'est un point très-important pour le diagnostic. Bien plus, elle ne paraît frapper qu'une seule fois le même individu ; c'est ce dont il est facile de se convaincre tous les jours, et M. *Broussais*, dans ses Phlegmasies chroniques, avait déjà dit : *On n'a dans la vie qu'une ou deux fièvres essentielles, qui sont des gastro-entérites.* Elle atteint très-souvent les individus qui quittent la campagne pour habiter les grandes villes, les jeunes soldats qui se trouvent dans des conditions toutes nouvelles, et enfin les personnes qui éprouvent de vives émotions ou de profonds chagrins ; témoin un employé au département des finances (sous l'ancien ministère). Il est menacé de perdre sa place, son unique ressource ; dès-lors plus de repos, tristesse profonde, refus des alimens ; sa disgrâce absorbe toute sa pensée, son sommeil est agité ; bientôt frissons, sueurs, accablement, fièvre ; il s'alite : au vingt et unième jour il n'était plus. Il avait présenté tous les symptômes de la dothinentérie ; l'autopsie confirma malheureusement le diagnostic. Enfin, ce qui n'est pas peu propre à augmenter mon embarras, c'est qu'elle sévit aussi sur les personnes qui mènent le genre de vie le plus sage et le plus régulier, et qui, par leur position sociale, sont éloignées d'un grand nombre de causes occasionnelles.

Anatomie pathologique.

Les bornes de cette dissertation ne me permettent pas d'entrer dans les nombreux et curieux détails des lésions anatomiques, qui sont en quelque sorte le cachet de la dothinentérie, d'autant plus que pour être exact il faudrait copier textuellement le mémoire de M. le docteur *Trousseau* sur ce sujet. Mais je dois à la vérité de dire que si, dans un grand nombre de cas, les désordres anatomiques sont effrayans par leur étendue, dans d'autres cas, au contraire, ils ne sont plus en rapport avec la gravité des symptômes observés; d'autres fois même c'est en vain qu'on les chercherait. Un fait pour les incrédules : j'ai vu et un grand nombre d'élèves ont vu comme moi, à l'instructive clinique de M. le professeur *Cayol* (semestre d'été dernier), une femme d'un âge mûr qui succomba à une dothinentérie grave; un exanthème analogue à l'urticaire et deux parotides volumineuses fermèrent, s'il est permis de m'exprimer ainsi, le nombreux cortége de symptômes observés. Nous n'élevions aucun doute sur l'existence accoutumée des altérations du tube digestif; mais nous ne fûmes pas peu surpris de ne trouver qu'une rougeur érythémateuse à la valvule iléo-cœcale et à son pourtour. (Leçon précieuse!) Je m'abstiens de tout commentaire; j'ajouterai seulement que, dans les cinq huitièmes des cas, le ventricule est intact, donc la dénomination de *gastro-entérite* n'est pas rigoureuse.

L'inflammation des ganglions mésentériques, dans lesquels on trouve quelquefois du pus phlegmoneux, n'est pas exclusive à la dothinentérie; elle survient lors de l'inflammation même légère de l'intestin, ce dont on peut se convaincre chez les enfans; elle n'est, par conséquent, comme l'a dit *Laënnec*, que l'extension de l'inflammation de l'organe auquel ces glandes sont annexées. Il en est de même des glandes bronchiques, qui participent très-souvent, dans le jeune âge surtout, à l'inflammation catarrhale ou péripneumonique. Le même phénomène se reproduit pour les glandes cervicales par l'effet

d'un vésicatoire à la nuque, pour les glandes axillaires ou inguinales lorsqu'une inflammation un peu vive est fixée aux extrémités. Voilà une série de faits facile à observer ou à constater tous les jours. Enfin peut-être n'est-il pas inutile de dire que l'entérite des phthisiques qui succombent a une diarrhée colliquative, bien qu'ayant aussi son siége dans les follicules agminés, n'est cependant pas une dothinentérie, même sous le rapport anatomique. En effet, les ulcérations de l'entérite des phthisiques n'ont pas, comme dans la dothinentérie, un lieu d'élection; loin d'être rouges ou brunâtres, elles sont très-souvent décolorées, sans rougeur ou sans injection vasculaire au pourtour. En outre, on aperçoit sur un point du follicule ou au pourtour de petits corps blancs, opaques, ramollis dans leur centre; ce sont très-probablement des tubercules dont la fonte détermine les ulcérations. Rien d'étonnant d'ailleurs qu'ils envahissent de préférence les follicules; car tous les organes analogues chargés d'élaborer des fluides sont ceux qui participent le plus souvent aux dégénérescences organiques cancéreuses et tuberculeuses. Enfin, pour dernier caractère distinctif, j'ajoute que, dans l'entérite des phthisiques, les ganglions mésentériques sont toujours tuberculeux; dans la dothinentérie, jamais.

Traitement.

Le traitement antiphlogistique actif a été indiqué de nos jours comme étant le plus rationnel et le plus efficace pour combattre avec succès toutes les affections inflammatoires de la membrane muqueuse digestive, connues sous le nom générique de *gastro-entérite*, et considérées, par conséquent, comme étant de même nature. Cependant il est incontestable que si quelques-unes avortent avec facilité par ce traitement, il en est d'autres qui lui résistent, avec quelque habileté qu'il soit employé même dans le début. A quoi tient cette inégalité de succès? Ici va ressortir avec avantage la nécessité et l'utilité d'établir des variétés d'entérites, suivant qu'elles auront pour siége tel ou tel élément de la membrane muqueuse digestive.

En effet, celles qui occupent les villosités de l'intestin, qui sont *érythémateuses*, cèderont avec quelque facilité aux émissions sanguines, celles qui ont pour caractère constant l'inflammation des follicules, résisteront, au contraire, au traitement antiphlogistique le mieux dirigé, même dans le début ; de ce nombre est la dochinentérie. Pour étayer le premier membre de cette proposition, je place ici l'opinion du docteur *Scoutteten*, de Metz, dont j'ai déjà parlé à l'occasion de sa division de l'entérite en *folliculeuse* et *villeuse* ou *érythémateuse*. Cette *distinction*, dit-il, *importe beaucoup pour la thérapeutique, car ce n'est que dans l'entérite érythémateuse que convient le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur.*

L'opinion de ce médecin physiologiste, placé dans un grand hôpital, a beaucoup de valeur; mais le second membre de ma proposition ne s'y trouve impliqué que tacitement, par conséquent nécessité de lui donner d'autres appuis. M. *Guersent*, médecin non moins remarquable par sa bonne foi médicale que par son esprit judicieux et observateur, a déclaré positivement, d'après un grand nombre de fait, que le traitement antiphlogistique n'était que d'un bien faible secours dans les entérites profondes (folliculeuses), attaquées même dès le début. Si l'étendue de cette dissertation me le permettait, je pourrais faire l'histoire de douze malades atteints de dothinentéries, observés au Val-de-Grâce dans le semestre d'hiver 1827 et 1828. Tous furent soumis au traitement antiphlogistique, dix succombèrent ; les deux autres, échappés au péril, sortirent de l'hôpital ressemblant à des spectres ambulans. Il est bien loin de ma pensée, et il me siérait bien peu de vouloir déverser du blâme sur cette pratique de l'illustre médecin du Val-de-Grâce; mais il faut que je décline des faits à mes juges, qui ne sont point obligés de me croire sur parole.

D'ailleurs les mêmes faits se reproduisent dans d'autres endroits : combien d'élèves n'ont-ils pas observé à l'excellente clinique de M. le professeur *Chomel* des dothinentéries qui, attaquées dès leur début par le traitement antiphlogistique, n'en ont pas moins parcouru leurs périodes, et se sont souvent terminées par la mort.

Partout dans les journaux je lis des faits qui viennent à l'appui de ce que j'avance. Le docteur *Hewet,* de Londres, qui n'ignore certainement pas les théories de la doctrine physiologique, proscrit les antiphlogistiques dans la maladie de M. *Bretonneau,* il recommande la purgation. Un médecin de Berlin, le docteur *Neuman,* déclare que ce *serait une erreur funeste* de vouloir considérer *la fièvre typhoïde comme symptôme unique de l'inflammation aiguë des follicules des intestins;* il repousse les antiphlogistiques, et il conseille le camphre, l'éther, le musc, etc. D'ailleurs, rien d'étonnant que la médication antiphlogistique soit inefficace contre l'inflammation des follicules, en supposant qu'elle soit toute la maladie; ne voit-on pas souvent que dans les formes de l'inflammation les plus graves les saignées sont sans effets.

Ainsi, les autorités que je viens de citer, les faits énoncés, beaucoup d'autres que je passe sous silence, entraînent ma conviction et me forcent à considérer le traitement antiphlogistique comme inefficace (s'il n'est pas nuisible) dans la dothinentérie.

Un autre mode de traitement, non moins préconisé que le précédent, mais qui dans ce moment jouit de moins de faveur, est la médication tonique. Examinons les faits: si je parcours le mémoire de MM. *Petit* et *Serres*, sur la fièvre entéro-mésentérique, j'y vois le traitement tonique constamment en usage, je compte peu de succès, mais j'observe que la maladie parcoure ses phases, ses périodes avec la même physionomie que si elles eût été combattue par les moyens opposés.

J'ai vu moi-même administrer les toniques sans avoir pu apercevoir quelques modifications, soit en bien, soit en mal; ce qui m'affermit de plus en plus dans cette idée, savoir, que la dothinenterie marche indépendamment de toute espèce de traitement. Je sais parfaitement qu'on a cité des cas où les toniques semblent avoir tué; mais, de mon côté, je pourrais en citer où ces toniques paraissent indubitablement avoir déterminé la résolution de la maladie. Or, il répugne

que le même moyen puisse produire deux effets opposés. M. *Guersent* prétend *qu'on voit moins de langues noires qu'autrefois*, parce que le traitement tonique et excitant est moins en usage. Cette assertion me paraît contradictoire à l'opinion émise par ce médecin, qui avoue que la maladie marche en dépit des antiphlogistiques ; en outre, je ne crains pas d'affirmer, pour ma part, que là où les toniques sont le moins en honneur, les langues sont tout aussi noires, tout aussi tremblottantes que là où ils sont encore employés quelquefois, parce que la dothinentérie n'est pas une gastro-entérite susceptible d'être enrayée à tel ou tels degrés, ou d'être modifiée dans ses symptômes par les antiphlogistiques ; elle s'arrête dans son cours, ou continue sa marche toujours avec les caractères assignés par les auteurs, quel que soit le traitement. On a dit et voulu prouver par des faits que dans la gastro-entérite, telle qu'elle est désignée sous le nom de *dothinenterie*, les applications de sangsues étaient suivies ou ne tardaient pas à être suivies d'une rémission notable des symptômes dans les premières périodes.

Mais n'aurait-on pas, dans ces cas, attribué à l'application des anhélides la rémission presque constante qui a lieu dans les dix ou douze premiers jours, et n'aurait-t-on par conséquent pas fait une fausse application de l'axiôme : *post hoc, ergo propter hoc?* C'est là, au reste, une erreur de tous les jours en médecine. Puis donc que je reste intimement convaincu que le traitement antiphlogistique est insuffisant, que le traitement tonique ne l'est pas moins, je m'abstiens d'employer l'un et l'autre comme moyens directs de combattre la maladie, je me borne à l'expectation, toujours prêt à adopter avec empressement tout ce que l'observation et l'expérience m'auront démontré comme incontestablement nécessaire. Si un malade atteint de dothinentérie est confié à mes soins, je le placerai, autant que possible, dans une chambre vaste, disposée favorablement pour le renouvellement de l'air ; je lui ferai souvent changer de linge ; je l'aborderai toujours avec hilarité, pour dissiper les craintes auxquelles

ces malades sont toujours en proie ; je prescrirai l'abstinence de toute espèce d'alimens , des fomentations sur l'abdomen , des boissons sucrées et acidulées, soit avec l'acide des groseilles et du citron , soit avec l'acide carbonique.

Si le malade est d'une forte constitution , si , dans les premières périodes , il présente un pouls très-fréquent et développé , s'il y a beaucoup d'agitation , certes , je n'hésiterai pas à ouvrir une veine pour calmer cet état d'irritation générale. Chez un sujet moins fort , l'application de quelques sangsues sur le trajet des veines jugulaires pourra suffire. Mais l'amendement de ces symptômes ne dissipera nullement mes craintes sur la marche et l'issue de la maladie.

Un des moyens qui m'ont paru le plus souvent utiles , est l'emploi réitéré des bains chauds. Leur usage est constamment suivi d'un état de bien-être général que le malade sait fort bien dépeindre ; la peau prend de la souplesse, le pouls devient moins fréquent, souvent survient un sommeil très-doux qui se prolonge pendant quelques heures.

Les vésicatoires, que les médecins se font un devoir de prescrire, par une sorte d'habitude, dans la dernière période d'adynamie, ou lorsque les malades commencent à s'affaisser, sont en effet de quelque secours pour réveiller la sensibilité et déterminer une réaction générale. Mais, pour éviter le reproche qu'on leur a fait , d'ulcérer profondément la peau, j'aurai soin de ne pas les maintenir trop long-temps sur le même endroit et de les promener successivement sur tous les points des membres.

Les escharres seront traitées, comme indépendantes de la maladie, par des topiques convenables.

Quant aux parotides, je suivrai le précepte qui a été donné , de les attaquer par des sangsues , des ventouses, des cataplasmes, des sinapismes sur des lieux éloignés ; de les ouvrir largement avec le bistouri , lorsque la suppuration n'aura pu être empêchée.

Lorsqu'enfin les grands orages seront dissipés, lorsque la convalescence leur succédera, c'est alors que je redoublerai de soins et d'attention pour nourrir le malade, et ramener par degrés ses forces à leur type naturel.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

Il faut être sobre de médicamens; sur dix malades, les deux tiers trouvent les élémens de leur guérison dans le régime et les moyens hygiéniques.

II.

Les émissions sanguines sont aussi impuissantes pour enrayer la phlogose intestinale dothinentérique, que pour diminuer la confluence de la variole et borner une stomatite couenneuse.

III.

Si l'on injecte dans la poitrine d'un chien du sang, immédiatement après l'avoir tiré de la veine d'un autre animal, il sera facilement résorbé, parce qu'il est vivant; si, au contraire, on l'injecte après quelque temps de séjour dans un vase, il donnera lieu à tous les accidens de l'hydropneumo-thorax; donc, dans les plaies pénét-

trantes de poitrine, ce n'est pas l'épanchement de sang qui est à craindre.

IV.

Une révulsion long-temps prolongée sur le canal intestinal par le moyen des purgatifs, détermine quelquefois la guérison de maladies invétérées; de là les cures miraculeuses d'un empirisme aveugle.

V.

Les succès irrécusables des émétiques dans l'embarras gastrique, leur innocuité à haute dose dans quelques maladies, déconcerteront toujours les médecins à irritation.

VI.

La plupart des fonctions nutritives peuvent être augmentées, diminuées ou perverties dans leur exercice par la seule influence du système nerveux, sans lésions matérielles correspondantes.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE MERCY).

I.

Quo in morbo somnus laborem facit, lethale; si verò somnus juvet, non est lethale. *Sect.* 2, *aph.* 2.

II.

Ubi delirium sedat somnus, bonum. *Ibid.*, *aph.* 4.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

In alvi profluviis, mutationes excrementorum juvant nisi in prava mutentur. *Ibid.*, *aph.* 9.

V.

Quibus in febre, ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 3.

VI.

In febribus circà ventrem æstus vehemens, et oris ventriculi dolor, malum. *Ibid.*, *aph.* 11.